

Врз основа на член 114-а од Законот за здравствената заштита ("Службен весник на Република Македонија", бр. 38/91, 46/93, 55/95, 10/04, 84/05, 111/05, 65/06, 5/07, 77/08, 67/09 и 88/10), министерот за здравство донесе

Упатство за начинот на вршење на здравствената дејност која се однесува на третманот и контролата на дијабетес тип 2

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на вршење на здравствената дејност која се однесува на третманот и контролата на дијабетес тип 2.

Член 2

Начинот на вршење на здравствената дејност која се однесува на Третманот и контролата на дијабетес тип 2 е даден во Прилог 1, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

За секој поединечен случај, по сопствена оценка, докторот може да отстапи од одредбите на ова упатство во секоја фаза од третманот на пациентот, со соодветно образложение за потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на третманот.

Потребата за отстапување и оценката од став 1 на овој член од страна на докторот соодветно се документира во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, а ќе се применува две години од денот на неговото влегување во сила.

МИНИСТЕР
д-р Бујар ОСМАНИ

Третман и контрола на дијабетес тип 2

Вовед

Грижата за дијабетесот типично е комплексна, бара големо време и се однесува на различни области од здравствениот менаџмент. Неопходните промени на животниот стил, комплексноста на менаџментот и несаканите ефекти на терапијата ги прават само-мониторирањето и едукацијата централни делови од менаџментот. Ова се одразува и во препораките од водичот.

Пациент-центрична грижа

Третманот и грижата треба да ги земат во предвид индивидуалните потреби и преференци на пациентите. Есенцијална е добрата комуникација, поддржана од информациите базирани на докази, за да им се дозволи на пациентите да постигнат информирани одлуки околу нивната грижа. Во одредени случаи потребно е да се побара согласност од пациентите. Доколку пациентот се согласи, семејството и оние што се грижат треба да имаат можност да бидат инволвирани околу одлуките за третманот и грижата.

Клучни приоритети за имплементација

Едукација на пациентите

- Понудете структурирана едукација за секое лице, и/или оние што се грижат за него, во моментот на дијагнозата и подоцна, со повторување и проверка на годишно ниво. Информирајте ги луѓето, и оние што се грижат за нив, дека структурираната едукација е интегрален дел од грижата за дијабетесот.

Совет за исхрана

- Обезбедете индивидуализиран и континуиран совет за исхрана од здравствените професионалци со специфична експертиза и компетенции околу исхраната.

Поставете целна вредност за HbA1c

- Кога ќе ја поставите целната вредност за HbA1c
 - вклучете го лицето во одлуките за индивидуалната вредност на HbA1c, што може да биде и над 6.5%, вредност која генерално се поставува кај луѓето со дијабетес тип 2
 - охрабнете го лицето да ја одржи индивидуалната целна вредност освен ако резултирачките несакани настани (вклучувајќи и хипогликемија) или напорите да се достигне целната вредност го нарушуваат квалитетот на живот.
 - понудете терапија (животен стил и лекови) што ќе помогнат да се постигне и одржи целната вредност на HbA1c

- информирајте го лицето со повисока вредност на HbA1c дека било какво намалување на HbA1c кон договорената целна вредност е корисно за идното здравје
- избегнувајте високо интензивен менаџмент до нивоа помали од 6.5%

Само-мониторирање

- Понудете само-мониторирање на плазматската гликемија на новодијагностицирани лица со дијабетес тип 2 само како интегрален дел од неговата или нејзината едукација за само-контрола. Дискусирајте ја целта и договорете се како треба да биде интерпретирана и да се раководи според нејзе.

Почнување со инсулинска терапија

- Кога се почнува со инсулинската терапија, користете структуриран програм со активна титрација на инсулинската доза што вклучува:
 - структурирана едукација
 - континуирана телефонска поддршка
 - често само-мониторирање
 - титрација на дозата до целна вредност
 - разбирање на исхраната
 - менаџмент на хипогликемиите
 - менаџмент на акутните промени на гликемиската контрола
 - поддршка од соодветно обучен и искусен здравствен професионалец

Едукација на пациентите

Структурираната едукација е интегрален дел од грижата за дијабетесот; и пациентите и оние што се грижат за нив треба да се информирани за ова. Понудете ја, по можност преку програм за групна едукација, на секое лице и/или оној што за него се грижи, во моментот на дијагнозата и подоцна, со повторување и проверка на годишно ниво. Понудете алтернатива со еднаков стандард на луѓето што не можат или не сакаат да учествуваат во сесиите за групна едукација.

Програми за едукација на пациентите

<p>Програмите треба да:</p> <ul style="list-style-type: none"> • одговараат на локалните културни, лингвистички, когнитивни потреби и согласна писменоста на лицата со дијабетес тип 2 • обезбедат соодветни ресурси за поддршка на едукаторите, кои треба да се соодветно обучени и да имаат доволно време за развивање и одржување на нивните особини 	<p>Обезбедете:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сите членови на здравствениот тим за дијабетес да се запознаени со локалните програми • програмите да се интегрирани во начините на грижа • луѓето со дијабетес тип 2, и оние што се грижат за нив, да имаат можност да придонесат кон креирањето и обезбедувањето на локалните програми
---	---

Совет за исхрана

	Вклучете во дискусијата	Акција	Специјални околности
<ul style="list-style-type: none"> • Обезбедете ги во форма што ги зема во предвид потребите, културата и верувањата на лицата, потоа волјата за промена, како и ефектите на нивниот квалитет на живот • Интегрирајте ги во планот за менаџмент на дијабетесот, вклучувајќи и други аспекти од промената на животниот стил, како што е зголемената физичка активност 	<ul style="list-style-type: none"> • Генерален совет за здрава исхрана: <ul style="list-style-type: none"> ○ Вклучете извори на јаглехидрати богати со влакна и со низок гликемиски индекс ○ Вклучете млечни продукти со ниска масленост и рибино масло ○ Контролирајте ја употребата на заситени масти и транс масни киселини • Ограничена замена на храна богата со сахароза со други јаглехидрати е дозволена, но потребно е внимание за де се избегне прекумерно внесување енергија. • Немојте да охрабрувате употреба на храна маркетинг специфично за луѓе со дијабетес. 	<ul style="list-style-type: none"> • Обезбедете индивидуализиран и континуиран совет за исхрана од здравствените професионалци со специфична експертиза и компетенции околу исхраната. • Индивидуализирајте ги препораките за внес на јаглехидрати и алкохол, и начинот на земање на оброците - имајте за цел да се намали ризикот од хипогликемија, особено при користење инсулин или инсулински секретогози • Почетна цел за губиток на телесна тежина = 5-10% кај лице со прекумерна тежина: <ul style="list-style-type: none"> ○ и помал губиток е корисен ○ губењето повеќе тежина долгорочно има метаболна корист 	<ul style="list-style-type: none"> • Систем за планирање на оброците што овозможува конзистентност во јаглехидратната содржина на оброците треба да се имплементира кај хоспитализирани пациенти со дијабетес тип 2.

Проценка на гликемиската контрола (HbA1c), се одредува во регионалните медицински центри/соодветни лаборатории.

HbA1c

Вклучете во дискусијата	Акција	Мониторирање	Понатамошни испитувања	Специјални околности
<p>Индивидуалната целна вредност за HbA1c што може да е над генералната целна вредност од 6.5%</p> <p>Охрабрување да се одржи целната вредност, освен ако резултирачките несакани настани или напорите да се достигне, не го нарушат квалитетот на живот.</p> <p>Дека било какво намалување на HbA1c кон договорената целна вредност може да е корисно за идното здравје</p>	<p>Понудете терапија (животен стил и лекови) што ќе помогне да се постигне и одржи целната вредност на HbA1c.</p> <p>Доколку HbA1c остане над целната вредност, но само-мониторираните нивоа пред оброк се добро контролирани (<7.0 mmol/l), земете во предвид само-мониторирање за да се открие постпрандијална хипергликемија (>8.5 mmol/l), и превземете чекори за намалување на гликемијата под ова ниво доколку се открие.</p>	<p>На 6 месеци (согласно индивидуалните потреби) до стабилизирање на непроменета терапија.¹</p>	<p>Побарајте совет од тим со специјалистичка експертиза за дијабетес и клиничка биохемија доколку има необјаснети дискрепанци помеѓу HbA1c и другите мерења на гликемијата.</p>	<p>Доколку резултатите за HbA1c не се валидни, проценете го трендот на гликемиската контрола преку следново:</p> <ul style="list-style-type: none"> • проценка на фруктозамин • квалитетно контролирани профили на плазматска гликемија • проценка на тотален гликозилиран хемоглобин (доколку има абнормални хемоглобини)².

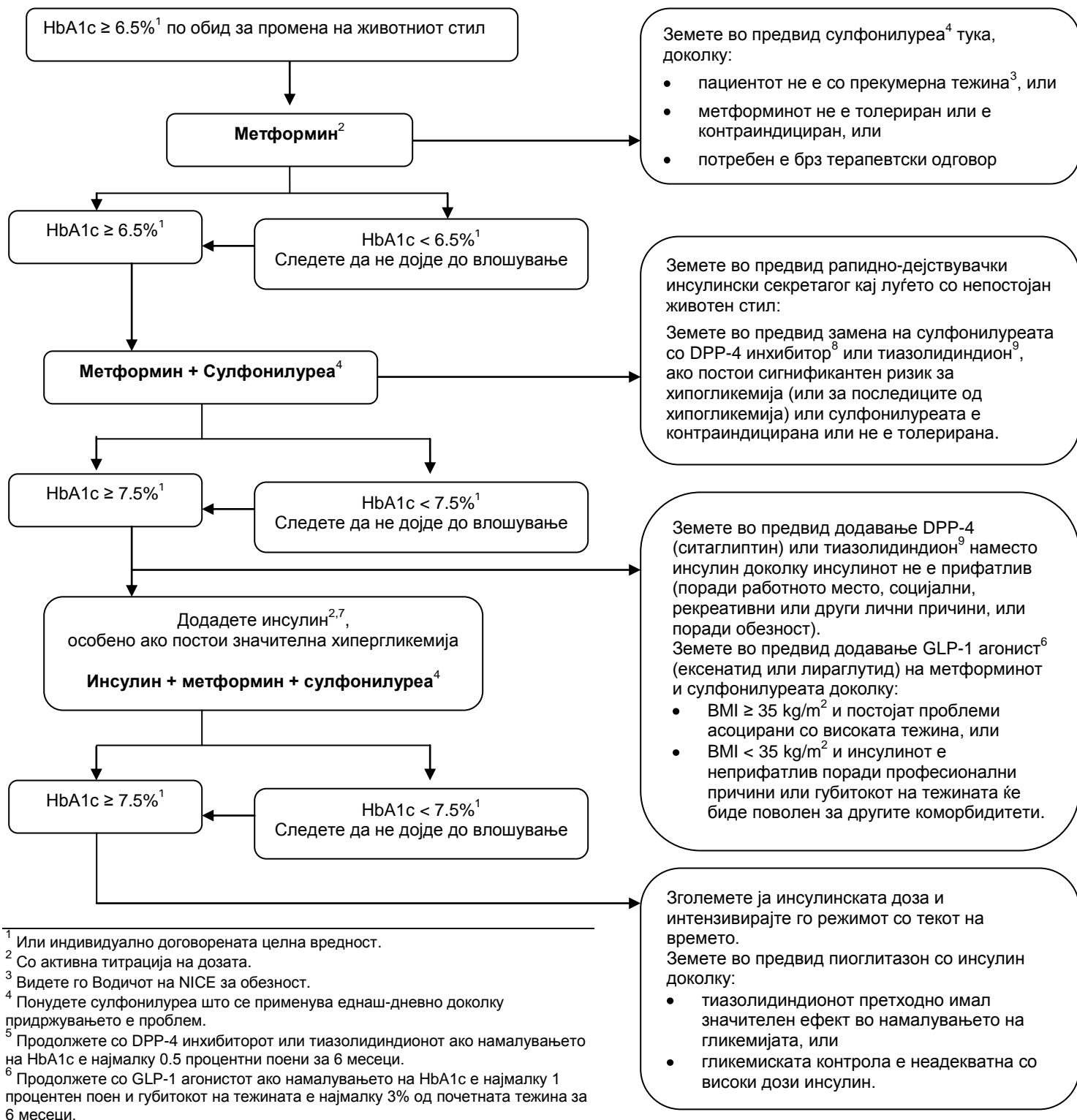
¹ Користете мерења на интервали <6 месеци за индикација на правецот на промена, наместо за нова стабилизирана состојба

² Пореметен животен век на еритроцити и абнормални типови хемоглобини ги прават резултатите за HbA1c невалидни

Само-мониторирање

Вклучете во дискусијата	Акција	Мониторирање	Специјални околности	
<p>Само-мониторирањето на гликемијата треба да биде овозможено кај:</p> <ul style="list-style-type: none"> • оние на инсулински третман • оние на орални антидијабетици за да се добијат информации за хипогликемии • да се проценат промените во гликемиската контрола што резултираат од промените на лековите и животниот стил • да се следат промените во текот на напоредните заболувања • да се осигура безбедноста во текот на активностите, вклучително и возењето 	<p>Целта на само-мониторирањето</p> <p>Како да се интерпретира и да се превземат соодветни активности</p>	<p>Понудете на новодијагностицирани лица со дијабетес тип 2 само како интегрален дел од едукацијата за само-менаџмент.</p>	<p>Проценете најмалку еднаш годишно на структуриран начин:</p> <ul style="list-style-type: none"> • вештини за само-мониторирање • квалитет и честота на тестирањето • како се користат резултатите • влијанието на квалитетот на живот • континуираниот бенефит • опремата што се користи 	<p>Дискутирајте за мониторирање на глукозата во урина доколку мониторирањето на плазматска гликемија е неприфатливо.</p>

Терапија за намалување на гликемијата



¹ Или индивидуално договорената целна вредност.

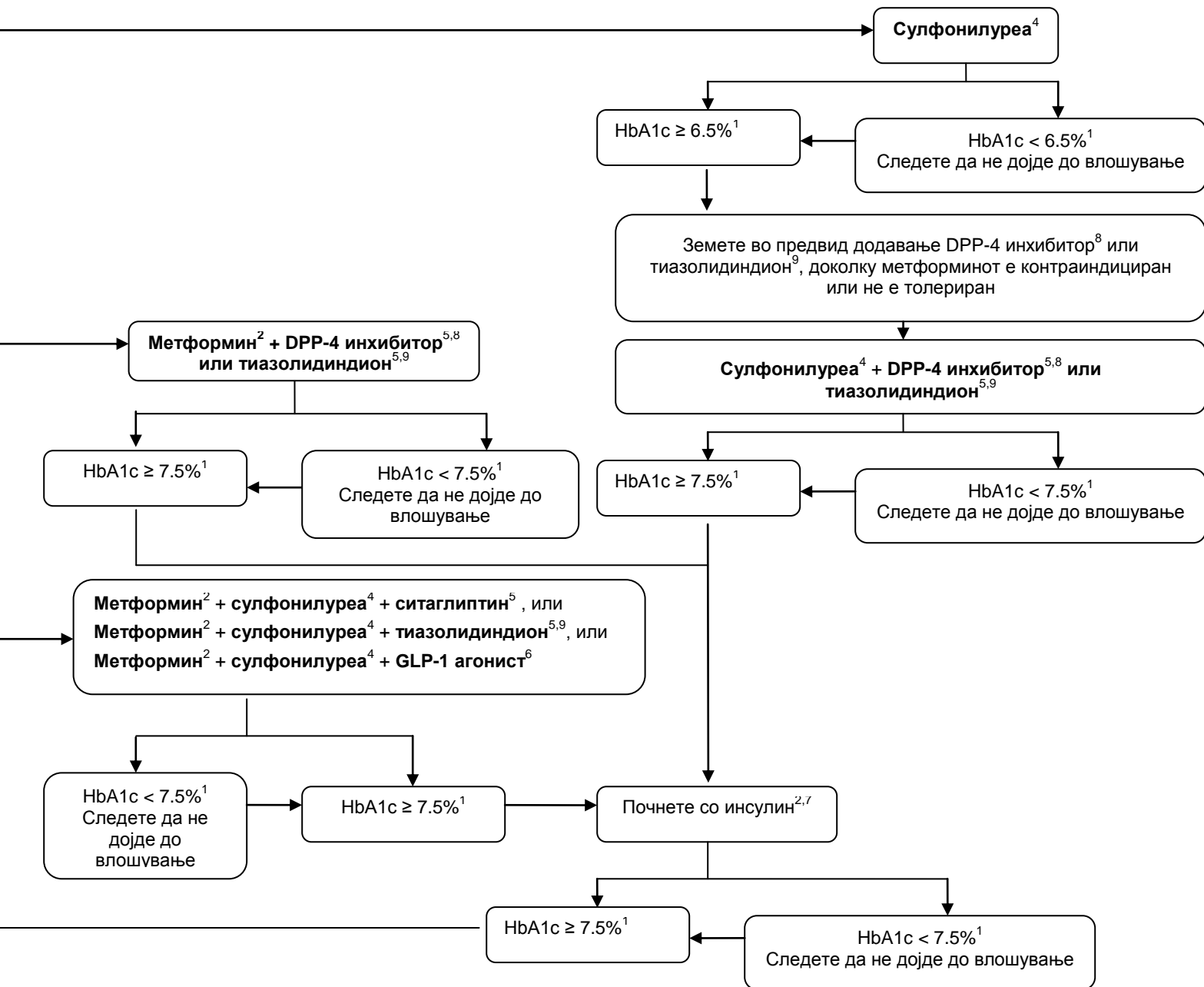
² Со активна титрација на дозата.

³ Видете го Водичот на NICE за обезност.

⁴ Понудете сулфонилуреа што се применува еднаш-дневно доколку придржувањето е проблем.

⁵ Продолжете со DPP-4 инхибиторот или тиазолидиндионот ако намалувањето на HbA1c е најмалку 0.5 процентни поени за 6 месеци.

⁶ Продолжете со GLP-1 агонистот ако намалувањето на HbA1c е најмалку 1 процентен поен и губитокот на тежината е најмалку 3% од почетната тежина за 6 месеци.



7 Продолжете со метформин или сулфонилуреа, но продолжете со другите лекови само доколку се одобрени за употреба со инсулин. Проценете ја употребата на сулфонилуреа доколку се појави хипогликемија.

8 Одобрени DPP-4 инхибитори.

9 Тиазолидиндион се однесува на пиоглитазон.

Метформин

- Покачете ја дозата метформин во текот на неколку недели за да се минимизира ризикот од гастроинтестинални (ГИ) несакани ефекти.
- Земете во предвид обид со метформин со продолжено апсорбирање доколку ГИ интолеранбилност го спречува лицето да продолжи со метформин
- Проценете ја дозата метформин доколку серумскиот креатинин $> 130 \mu\text{mol/l}$ или проценетата стапка на гломеруларна филтрација (eGFR) $< 45 \text{ ml/min/1.73 m}^2$
- Прекинете го метформинот доколку серумскиот креатинин $> 150 \mu\text{mol/l}$ или eGFR $< 30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$
- Препишете метформин со претпазливост кај оние со ризик од ненадејно влошување на бубрежната функција, и кај оние со ризик eGFR да падне $< 45 \text{ ml/min/1.73 m}^2$
- Доколку лицето има лесна до умерена хепатална дисфункција или срцево нарушување, дискутирајте ги бенефитите од метформин при што треба да се земат во предвид неговите кардиоваскуларни протективни ефекти пред да се намали дозата.

Сулфонилури

- Препишете сулфонилуреа со мал трошок (не глибенкламид) кога е потребен инсулински секретатор.
- Едуцирајте го лицето за ризикот од хипогликемии, особено ако има и бубрежно оштетување.

DPP-4 инхибитори

- Продолжете со терапијата со DPP-4 инхибитори само ако има намалување на HbA1c ≥ 0.5 процентни поени за 6 месеци.
- Дискутирајте ги бенефитите и ризиците од DPP-4 инхибиторите со лицето, имајќи во предвид дека DPP-4 инхибиторите може да се преферирани во однос на тиазолидиндионите ако:
 - понатамошниот пораст на тежината ќе предизвика сигнификантни проблеми, или
 - тиазолидиндионите се контраиндицирани, или
 - лицето има лош одговор кон тиазолидиндионите или не ги толерирало во минатото.

Тиазолидиндиони (пиоглитазон)

- Продолжете со терапијата со тиазолидиндиони само ако има намалување на HbA1c ≥ 0.5 процентни поени за 6 месеци.
- Дискутирајте ги бенефитите и ризиците од тиазолидиндионите со лицето, имајќи во предвид дека тиазолидиндионите може да се преферирани во однос на DPP-4 инхибиторите ако:
 - лицето има значителна инсулинска резистенција, или
 - DPP-4 инхибиторите се контраиндицирани, или
 - лицето има лош одговор или не ги толерирало DPP-4 инхибиторите во минатото.
- Не почнувајте и не продолжувајте со тиазолидиндионите ако лицето има срцева слабост или е со висок ризик за фрактура

GLP-1 агонисти (ексенатид и лираглутид)

- Продолжете со GLP-1 агонистот ако намалувањето на HbA1c е најмалку 1 процентен поен и губитокот на тежината е најмалку 3% од почетната тежина за 6 месеци.
- Дискусирајте ги бенефитите на GLP-1 агонистите за да се дозволи на лицето да направи информирана одлука.

Акарбоза

- Земете во предвид акарбоза за лице кое не може да користи друга орална антидијабетична терапија.

Почнување со инсулинска терапија

- Доколку со другите мерки не се одржува HbA1c < 7.5% (или друга договорена целна вредност), дискутирајте ги бенефитите и ризиците на инсулинската терапија.
- Почнете со структуриран програм (видете понапред).
- Почнете со хуман НПХ инсулин земен пред спиење или два пати дневно според потребите.
- Алтернативно, земете во предвид еднаш-дневно долго-дејствувачки инсулински аналог (инсулин детемир, инсулин гларгин), ако:
 - на лицето му е потребна помош околу инјектирањето инсулин и долго-дејствувачкиот инсулински аналог би ги намалил инјектирањата од два пати дневно на еднаш дневно, или
 - животниот стил на лицето е ограничен од рекурентни симптоматски хипогликемиски епизоди, или
 - на лицето би му биле потребни два пати дневно инјекции базален инсулин плус орални антидијабетични лекови, или
 - лицето не може да го користи помагалото за инјектирање НПХ инсулин.
- Земете во предвид два пати дневно бифазен хуман инсулин (премиксен) (особено доколку HbA1c \geq 9.0%). Како опција може да биде и еднаш дневна употреба.
- Земете во предвид премиксни препарати на инсулински аналози (вклучувајќи кратко-дејствувачки аналози) наместо премиксни хумани инсулински препарати, доколку:
 - се преферира непосредното инјектирање пред оброк, или
 - хипогликемијата е проблем, или
 - гликемијата значително се покачува после оброци.
- Земете во предвид префрлање на долго-дејствувачки инсулински аналог (инсулин детемир, инсулин гларгин) од НПХ инсулин, доколку лицето:
 - не ја достигне целната вредност на HbA1c поради хипогликемии, илиима сигнификантни хипогликемии со НПХ инсулин, независно од вредноста на HbA1c, или
 - не може да го употребува помагалото за НПХ инсулин, но може да применува долго-дејствувачки инсулински аналог, или
 - потребна му е помош за да инјектира инсулин и може да се намали бројот на инјектирања со долго-дејствувачкиот инсулински аналог.
- Разгледајте ја употребата на сулфонилуреа доколку се појави хипогликемија при употреба на инсулин плус сулфонилуреа.

Интензивирање на инсулинскиот режим

- Следете ги оние што користат базални инсулински режими (НПХ или долго-дејствувачки инсулински аналог [инсулин детемир, инсулин гларгин]) доколку им е потребно дополнително инјектирање кратко-дејствувачки инсулин пред оброците или премиксен инсулин.
- Следете ги оние што користат премиксен инсулин еднаш или два пати дневно за потребата од дополнително инјектирање кратко-дејствувачки инсулин пред оброците или промена на инсулин при оброци плус базален инсулин.

Помагала за внесување инсулин

- Понудете едукација на лицето на кое му е потребно инсулин околу употребата на помагалото за инјектирање (вообичаено инсулинско пенкало и патрон или пенкало за еднократна употреба) кое што лицето, и/или оние што се грижат за него, сметаат дека е лесно за употреба.
- Доколку лицето има мануелни или визуелни пречки и има потреба од инсулин, понудете соодветно помагало или адаптација што може успешно да се користи.
- Треба да постојат соодветни локални постапки за отстранување на острите делови.

Менаџмент на липиди во крвта

Проценете го статусот на кардиоваскуларниот ризик (КВ) на годишно ниво

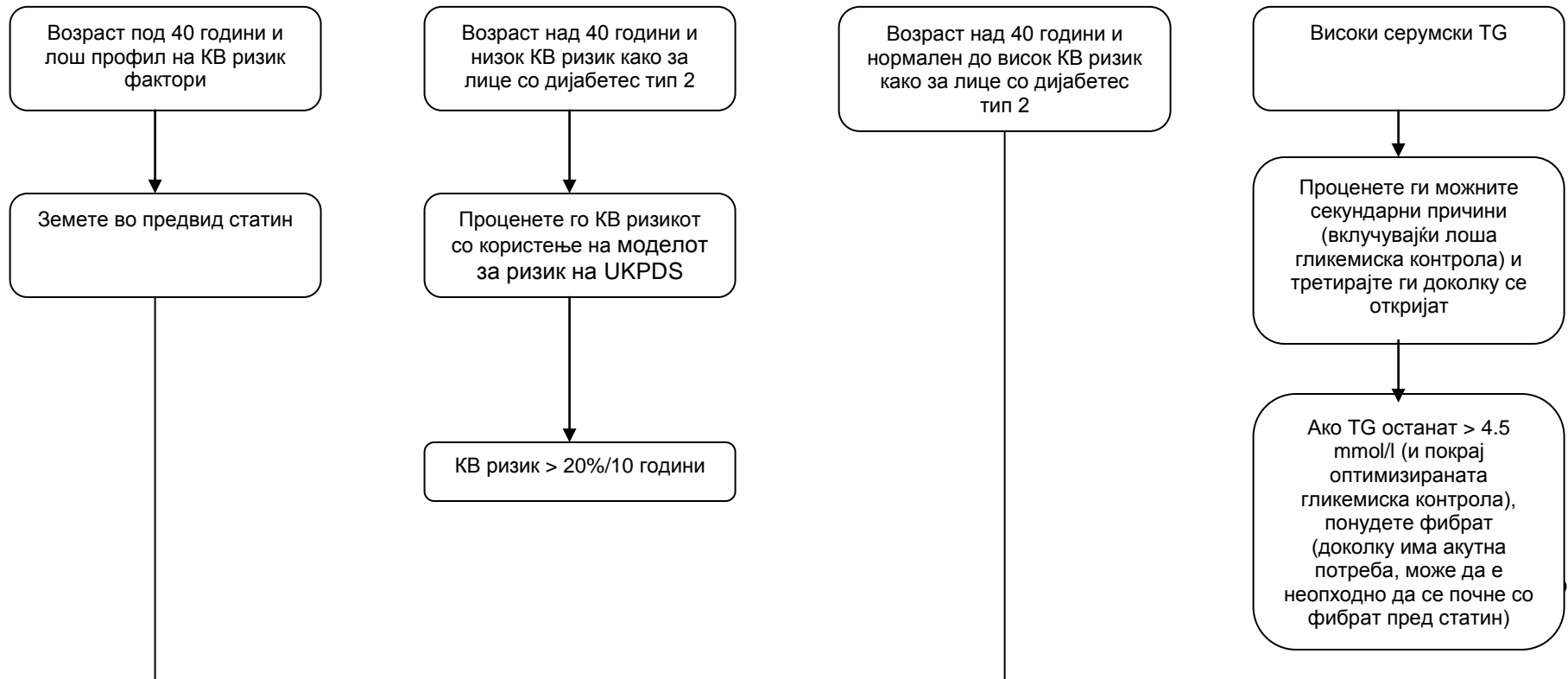
- проценете ги ризик факторите, вклучувајќи ги особините на метаболниот синдром и обемот на половината
- забележете ги промените во личната или семејната КВ историја
- направете целосен липиден профил (вклучувајќи HDL-C и TG) – исто така направете го по дијагнозата и повторете го пред почетокот на терапија за липиди.

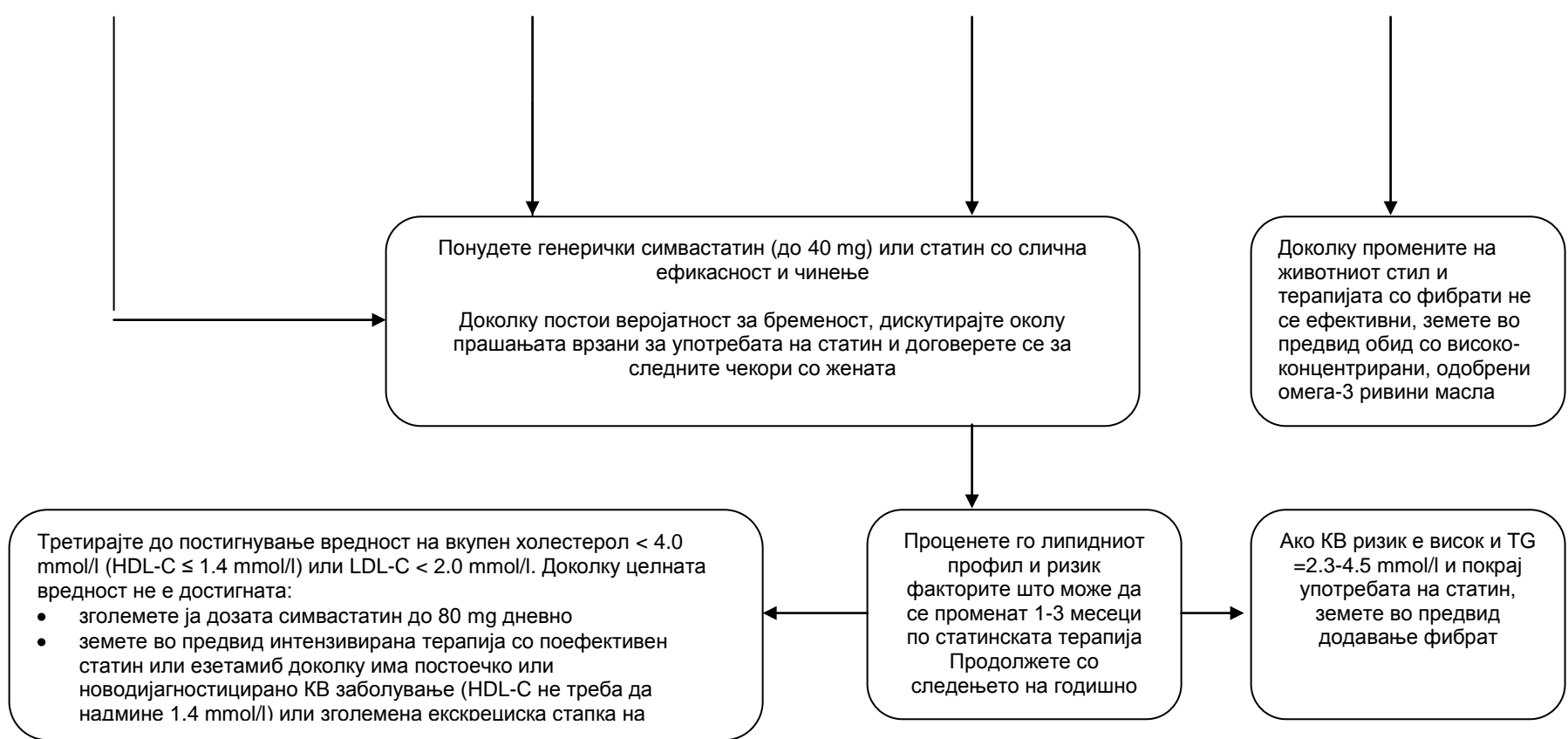
Доколку има историја за покачени серумски TG, направете целосен липиден профил на гладно (вклучувајќи HDL-C и TG).

Земете дека КВ ризикот е висок **освен** доколку сите наведени критериуми се присутни:

- нема прекумерна телесна тежина
- има нормотензивност (<140/80 mmHg во отсуство на антихипертензивна терапија)
- нема микроалбуминурија
- не е пушач
- нема високо-ризичен липиден профил
- нема историја за КВ заболување
- нема семејна историја за КВ заболување

Проценете го КВ ризикот со модел за ризик на UKPDS на годишно ниво, доколку се процени дека КВ ризикот не е висок (видете на www.dtu.ox.ac.uk)





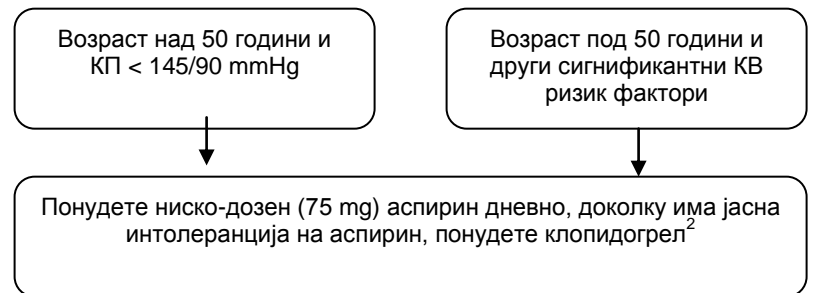
Никотинска киселина

Не употребувајте рутински препарати или деривати на никотинска киселина – тие можат да имаат улога кај оние што не толерираат други терапии со поекстремни нарушувања на метаболизмот на липиди кога се третирани од здравствен професионалец со експертиза во оваа област.

Омега-3 рибини масла

Не препишувајте препарати со рибини масла за примарна превенција на кардиоваскуларно заболување (освен ако не се дел од специјалистичкиот третман на хипертриглицеридемија).

Антитромботична терапија



¹ Се однесува на “Статини за превенција на КВ заболување” (NICE technology appraisal guidance 94) и на “Езетамиб за третман на примарна (хетерозиготна фамилна и нефамилна) хиперхолестеролемија “ (NICE technology appraisal guidance 132)

² Видете “Клопидогрел и дипиридамола со модификувано ослободување за превенција на оклузивни васкуларни настани “ (NICE technology appraisal guidance 90)

Менаџмент на крвен притисок

Целна вредност

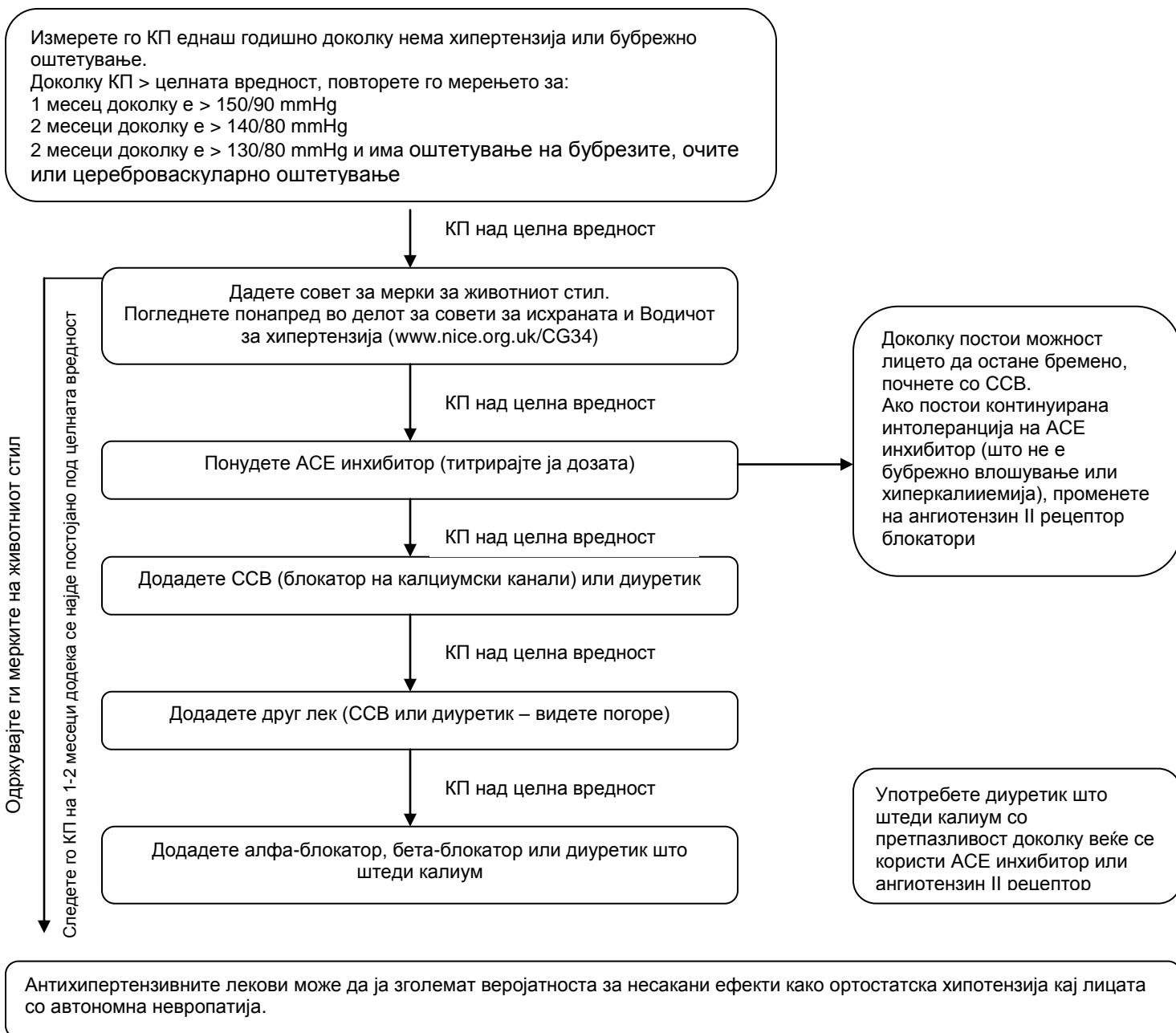
- Доколку постои оштетување на бубрезите, очите или цереброваскуларно оштетување, поставете целна вредност < 130/80 mmHg
- Во други случаи, поставете целна вредност < 140/80 mmHg

Ако пациентот е на антихипертензивна терапија при дијагнозата на дијабетес

- Прегледајте ја контролата на КП и лековите што се употребуваат
- Направете промени само ако КП е лошо контролиран или тековните лекови не се соодветни поради микроваскуларните компликации или метаболните проблеми.

Ако КП на лицето ја има достигнато целната вредност и постојано се одржува на целната вредност

- Следете секои 4-6 месеци и проверете за можни несакани ефекти на антихипертензивната терапија (вклучувајќи ги оние од непотребниот низок КП).



Оштетување на бубрезите

Мониторирање	Понатамошни испитувања	Интерпретација	Акција	Вклучете во дискусијата
<p>Годишно, независно од присуството на нефропатија:</p> <ul style="list-style-type: none"> • обезбедете проценка на ACR на примерок од прва урина (или од земен примерок на лице место, доколку е неопходно) • Измерете го серумскиот креатинин • проценете ја GFR. 	<p>Ако ACR¹ е абнормален (во отсуство на протеинурија/УТИ):</p> <ul style="list-style-type: none"> • повторете го тестот на следните две визити на клиниката во рок од 3-4 месеци • потврдена е микроалбуминурија доколку најмалку еден од два или повеќе резултати е исто така абнормален¹. 	<p>Посомневајте со во бубрежно заболување што не е дијабетична нефропатија и земете во предвид други испитувања/упатувања доколку ACR е покачен и:</p> <ul style="list-style-type: none"> • нема сигнификантна или прогресивна ретинопатија, или • КП е особено висок или е резистентен на третман, или • има тешка протеинурија (ACR > 100 mg/mmol), но ACR е претодно документиран како нормален, или • има сигнификантна хематурија, или • GFR рапидно се влошува, или • лицето има системско заболување 	<p>Ако дијабетичната нефропатија е потврдена, понудете ACE инхибитор со титрација на дозата до максимална доза (освен ако не е толерирана).</p> <p>Заменете со ангиотензин II рецептор блокатор ако ACE инхибиторот лошо се толерира.</p> <p>Одржувајте КП < 130/80 mmHg ако има абнормален ACR (видете го делот за менаџмент на крвен притисок)</p>	<p>Сигнификантноста на абнормалниот AER и трендот.</p> <p>Ако лицето остане бремено, релативните ризици и бенефитите на ACE инхибиторите треба да се земат во предвид за да се донесе информирана одлука.</p>

ACR = albumin:creatinine ratio (однос албумин:креатинин); AER = albumin excretion rate (стапка на албуминска екскреција); УТИ = инфекција на уринарниот тракт

¹ Абнормален ACR = ACR > 2.5 mg/mmol за мажи и > 3.5 mg/mmol за жени

Скрининг на очите

Мониторирање	Вклучете во дискусијата	Понатамошни испитувања
<p>Обезбедете или извршете скрининг на очите во моментот на дијагнозата и потоа.</p> <p>Користете квалитетен програм за дигитална ретинална фотографија со соодветно обучен персонал.</p> <p>Повторете го структурираниот преглед на очите на годишно ниво, освен ако нема некој наод за кој е потребна друга активност.</p> <p>Изведете тестирање на визуелната острина како рутински дел од програмите за преглед на очите.</p>	<p>Причините и успехот на системите за преглед на очите.</p> <p>Пред закажувањето за преглед на очите: предностите и неповолните страни на мидријазата со тропикамид за ретинална фотографија, како и мерките на претпазливост при возење.</p>	<p>Итен преглед од офталмолог за:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ненадејно губење на видот • rubeosis iridis • пре-ретинални или витреални хеморагии • ретинална аблација <p>Ургентен преглед од офталмолог при формирање на нови крвни садови.</p> <p>Упатете на офталмолог, доколку:</p> <ul style="list-style-type: none"> • има појава на макулопатија, вклучувајќи: <ul style="list-style-type: none"> ○ ексудат или ретинално задебелување во рамките на еден дијаметар на дискот од центарот на фовеата ○ група на ексудати во рамките на макулата¹ ○ било која микроанеуризма или хеморагија во рамките на еден дијаметар на дискот од центарот на фовеата, ако е асоцирана со најдобра видна острина од 6/12 или полоша • има појава на пре-пролиферативна ретинопатија², вклучувајќи: <ul style="list-style-type: none"> ○ било какви венски ексудати ○ било какви венски јамки или редупликации ○ било какви интратретинални васкуларни абнормалности ○ мултипни длабоки, округли или точкасти хеморагии ○ било каква намалување на визуелната острина. • има необјаснето намалување на видната острина

¹ Макулата се дефинира како круг во центарот на фовеата, со дијаметар што претставува растојанието помеѓу границата на оптичкиот диск и фовеата

² Ако се присутни 'cotton wool' точки, внимателно прегледајте за присуство на пре-пролиферативна ретинопатија, 'cotton wool' точките сами по себе не дефинираат пре-пролиферативна ретинопатија

Менаџмент на невропатска болка

Секоја година, прашајте за невропатски симптоми



Доколку се присутни:

- дискутирјате ја причината и прогнозата
- договорете соодветни терапевтски опции и проверете го разбирањето при секој клинички контакт
- бидете внимателни за психолошките последици и понудете поддршка соодветна на потребите

Забелешка:

Некои препораки во овој Водич се ажурирани и заменети со “Невропатска болка: фармаколошки менаџмент на невропатска болка кај адулти во не-специјалистичка околина“ (NICE clinical guideline 96), достапен на www.nice.org.uk/guidance/CG96 или на www.endocrinology.org.mk

Други невропатски компликации

	Акција	Понатамошни испитувања
Гастропареза Земете во предвид гастропареза кај возрасен со: <ul style="list-style-type: none"> • непостојана гликемиска контрола, или • необјаснето желудечно надувување или повраќање 	Земете во предвид обид со метоклопрамид, домперидон или еритромицин кај возрасен со гастропареза.	Земете во предвид упатување на специјалист, доколку: <ul style="list-style-type: none"> • се сомневате за диференцијалната дијагноза • се појави перзистентно или тешко повраќање
Ерекtilан дисфункција Прегледајте ги мажите еднаш годишно.	Обезбедете проценка и едукација кај мажите со ерекtilна дисфункција за придружните фактори и опциите за третман. Доколку нема контрандикации, понудете инхибитор на фосфодиестераза-5.	Доколку инхибиторот на фосфодиестераза-5 не е ефективен, дискутирајте за следниот чекор и упатете за: <ul style="list-style-type: none"> • медицински третман • хирургија • психолошка поддршка.
Проблеми со стапалата Видете во “Дијабетес тип 2: превенција и менаџмент на проблемите со стапалата” (NICE clinical guideline 10), www.endocrinology.org.mk		

Други знаци на можна автономна невропатија

Знак	Земете во предвид	Акција
Губиток на предупредувачки знаци за хипогликемија.	Оштетување на симпатичкиот нервен систем.	Дополнително испитајте и понудете специфична интервенција.
Необјаснета дијареја, особено навечер.	Автономна невропатија што го зафаќа цревата.	
Необјаснети проблеми со празнењето на мочниот меур	Автономна невропатија што го зафаќа мочниот меур.	

Депресија

Видете ги препораките во “Депресија: менаџмент на депресија во примарна и секундарна грижа” (NICE clinical guideline 23). www.endocrinology.org.mk